

## KU Wichita Pediatrics / School-Based Health Care

### FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

(complete ambos lados - adjunte un formulario adicional si es necesario)

Fecha	Nombre del niño	Nombre/apodo de preferencia	Fecha de nacimiento
Médico de atención primaria (PCP)		Número de teléfono del PCP	Fecha de última revisión de niño sano
Nombre completo de la madre		Nombre completo del padre	
Proveedor de custodia (si es diferente al anterior)		Relación con el paciente	
¿Tiene el niño un oculista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, proporcione el nombre y la fecha del último examen)		¿Tiene el niño un dentista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, proporcione el nombre y la fecha de la última cita)	
Nombre, dirección, número de teléfono de la farmacia de preferencia			
Con quién vive el niño (indique todos los miembros del hogar y su relación con el niño):			
¿Alguien fuma dentro o fuera del hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
¿Está este niño actualmente o ha estado alguna vez en un hogar de crianza temporal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, actualmente (especifique la edad que el niño ingresó al cuidado de crianza temporal _____) <input type="checkbox"/> Sí, en el pasado (especifique las edades en cuidado de crianza temporal _____)			

<b>Antecedentes de nacimiento y desarrollo</b>	
Peso al nacer _____ Núm. de embarazo _____ Edad de la mamá al momento del parto _____ Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea (motivo _____) <input type="checkbox"/> A término <input type="checkbox"/> Prematuro (cuántas semanas antes _____)  ¿Tuvo la mamá alguna enfermedad/problema durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (en caso afirmativo, explique _____)  Antes de que mamá supiera que estaba embarazada o en cualquier momento durante su embarazo, consumió: <input type="checkbox"/> Cigarrillos (¿cuántos por día? _____) <input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas (¿bebidas por semana? _____) <input type="checkbox"/> Cualquier otro fármaco/droga, recetada o no, para "drogarse" (¿tipo y con qué frecuencia? _____)	¿Tuvo su hijo algún problema durante o después del nacimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (en caso afirmativo, explique _____)  ¿Tuvo su hijo algún retraso en el desarrollo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, explique _____)  ¿Recibe su hijo algún servicio en la escuela por un diagnóstico médico, conductual o del desarrollo, como un 504 o un Plan de Educación Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, explique _____)  ¿Su hijo consulta a algún especialista médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, explique _____)

<b>Antecedentes médicos</b>			
<b>Indique los medicamentos que toma actualmente su hijo (adjunte una página adicional si es necesario):</b>			
Nombre del medicamento	Dosis	Hora del día en que se toma	Nombre del prescriptor
<b>Indique las alergias que su hijo tiene a alimentos o medicamentos:</b>			
<b>¿Su hijo ha recibido todas las vacunas recomendadas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso negativo, ¿por qué no? _____)</b>			

)

**Antecedentes médicos (continuación de la página anterior)**

Enumere todas las cirugías que haya tenido su hijo y el año en que se sometió a la cirugía: \_\_\_\_\_

Indique cualquier enfermedad que tenga su hijo (asma, diabetes, convulsiones, migrañas, etc.): \_\_\_\_\_

Enumere todos los diagnósticos de salud mental que tiene su hijo y quién le brinda el tratamiento (terapeutas, médicos, APRNs, consejeros, etc.): \_\_\_\_\_

Enumere las cirugías u hospitalizaciones por más de 1 día que haya tenido su hijo: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos familiares (padres, hermanos, abuelos, tías y tíos)**

**Algún miembro de la familia ha tenido alguno de lo siguiente:**

Abuso de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Alergias	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Asma	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos de huesos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Cáncer	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Diabetes	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Enfermedad endocrina	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos del oído/nariz/garganta	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos de los ojos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos gastrointestinales	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Tensión arterial elevada	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos inmunitarios	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Problemas de las articulaciones	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Migrañas	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos metabólicos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Obesidad	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos convulsivos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos de la piel	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Antecedentes de accidentes cerebrovasculares	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Trastornos de la tiroides	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Antecedentes de salud mental	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Otros antecedentes médicos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:
Otros antecedentes médicos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Detalles:

Enumere cualquier otra información pertinente de los antecedentes médicos de su hijo para el proveedor médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_